

介護支援専門員からのQ & A

ケアプラン点検時や、電話等で介護支援専門員からの質問をまとめたものです。

【居宅介護支援の流れ】

Q 1. 区分変更の申請をした時のケアプラン作成手順がよくわかりません。

A. 区分変更申請と同時に暫定ケアプランの作成が必要です。この時、サービス導入の緊急性などにより、サービス担当者会議をどのような形で行うかは、介護支援専門員の判断になりますが、サービス担当者会議は必須となります。状況の変化や支援内容の変更について、専門的な意見聴取を行ったうえで、暫定ケアプランを作成し、利用者の同意を得ます。認定結果後に暫定ケアプランをさかのぼって作成するものではありません。（“ケアプラン無しにサービス提供が行われることのないように”という考え方です。）

この時、認定日や介護度、認定の有効期間はわからないので、第1表の介護情報の欄は空白になります。認定結果後に、本ケアプランを作成し同意を得ますが、その際には作成日は作成した日、第2表の期間開始を区分変更申請日からとすれば、帳票上矛盾が生じません。サービス担当者会議に関しては、暫定ケアプラン作成時の状況と現在の状況の変化について、把握しておきましょう。

※新規や更新で介護認定結果待ちの場合も暫定ケアプランの作成が必要です。サービスが途切れることのないように、認定の有効期間内に居宅介護支援の一連の業務を行ってください。

※緊急的なサービス利用等の必要な場合は順序の変更も可能ですが、その場合であってもそれぞれに位置付けられた個々の業務は可及的速やかに実施することが必要です。

Q 2. 介護支援専門員が他の居宅介護支援事業者に移るとき、これまで担当していた利用者が移動先の居宅介護支援事業者へ居宅サービス計画作成依頼の届出をした場合、契約を行い同じサービス内容のケアプランを作成しました。居宅介護支援の一連の業務は必要ですか？

A. 必要です。利用者にとっては新たな居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員が、作成するケアプランですから、アセスメントからサービス担当者会議等居宅介護支援の一連の業務を行う事になります。

* 一連の業務：アセスメント⇒居宅サービス計画書原案の作成⇒サービス担当者会議⇒居宅サービス計画書の完成、利用者・家族の同意、交付⇒個別サービス計画書の提出依頼・確認⇒サービスの提供⇒モニタリングが継続的に行われることが原則です。

【アセスメント】

Q 1. アセスメントツールは、どれがよいですか？

A. アセスメントにおける「適切な方法」とは、「指定居宅介護支援等事業の人員及び運営に関する基準」省令についての解釈通知および標準様式通知の別紙 4 に示された 2 3 の項目を「具備すること」とされています。独自・自社のアセスメントツールを使用する場合は、項目がそろっているか再確認が必要です。

どのツールでも、的確な課題が導きだされることが重要です。

アセスメントツールを変更する場合は、介護事業者課へ再度届け出が必要です。

Q 2. 新規や更新以外でアセスメントのタイミングはいつになりますか？

A. アセスメントはケアプラン原案作成に先立って行われるものです。モニタリングの結果、利用者の状態が変化しているようであれば必要に応じて、再アセスメントを実施してケアプラン原案を作成してください。（サービスの変更が生じた時のみではなく、状態・課題の変化があった時）

Q 3. アセスメントの際に、聞きにくい項目があります。例えば①本人の年金額、②家族（特にキーパーソン）の仕事等はなかなか記載できていません。

A ①本人の年金額そのものを知ることが必要なのではなく、給付管理上必要な情報として生活保護受給の有無の確認は必要です。また、介護にどの程度の費用を使えますか？という問いは、サービスの組み合わせを検討するのに必要な情報です。利用者さんに説明し、きちんと把握しましょう。

A ②家族の職業を知りたいのではなく、勤務形態により、家族支援が不足する時間帯を知り、介護負担（体力的にも）がどの程度なのかを見極めるための情報といえます。

Q 4. 入院中に支援依頼があり、入院先の病室で初回アセスメントを行いました、退院時からサービスを使いたいとのことでしたので、そのままケアプランを作成しましたが、再アセスメントは必要ですか？

A. 必要です。利用者が入院中等物理的な理由がある場合は、居宅外でのアセスメントが可能ですが、支援を提供する居宅の状況は、大きな環境要因でもあります。また、本人が居宅に帰り、居宅の中でどのような事が出来るのか（残存能力）の見極めも支援の大きなポイントとなります。居宅において、出来るだけ速やかに再アセスメントを行うことが必要です。

【ケアプラン】

Q 1. ケアプランの第 1 表で、本人の意向が聞き取れない場合や、前向きな言葉が出てこない時はどうしたらよいのでしょうか。

A. 本人が認知症などで意向が聞き取れない場合でも、アセスメントを通じて、本人の望む暮らしは何

なのかを考察していくことが必要です。「○○○と思われる」の表現が使われることがあります。

- Q 2. 利用者の生活像がすべてわかるような見やすいケアプランの作成が、とても難しく感じています。
- A. 利用者の生活像を全て明らかにするのはアセスメントで行います。客観的な情報を収集し、整理したうえで、その現状の背景や原因を検討、予後の予測を行って介護支援専門員の専門性に基づく判断で、課題を抽出します。ケアプランではその課題を利用者の生活への意向とすり合わせたものをニーズとし、目標を設定して支援を組立てます。

* 課題整理総括表の活用について

要介護者等の「課題」を共通認識するため、わかりやすく説明することが重要です。

「課題整理総括表」は、利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析等を通じて「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を導き出す過程を記載するものです。

詳細については、介護保険最新情報 Vol.379 をご参照ください。

- Q 3. 身寄りがなくケアプランの同意署名が本人では難しいのですが、どうすればよいですか？
- A. ご自身で署名ができない場合は、代筆での署名が可能です。意思表示ができず同意署名の代筆が必要な場合、サービス担当者会議で話し合い、複数で本人同意を代筆することの確認をしておくようにしましょう。また、意思表示はできるが視力や手の動きの問題等で筆記ができない場合はサービス担当者会議で本人がうなづいた等同意を確認したことや複数人で同意の確認をしたこと等の記載をしておくようにしましょう。その場合、署名は利用者の氏名と（代筆）として代筆者氏名を記載します。利用者と代筆者の関係性も記載してください。

Q 4. 第 1 表の生活援助中心型の算定理由は必ずチェックが必要ですか？

- A. ケアプランに生活援助の訪問介護を位置付けることが必要な場合に記載します。身体生活（身体介護に続けて生活援助を行う場合）も含みます。
- 1 は独居の場合、2 は家族等と同居している利用者であって、当該家族等の障害、疾病等により家事を行うことが困難である場合。3 は家族等に障害や疾病が無い場合で、同様のやむを得ない事情により家事が困難である場合に、その事情の内容について簡潔明瞭に記載することが必要です。

Q 5. ケアプラン第 2 表の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）について、抽象的な言葉になりやすい「元気になりたい」や「歩いて買い物に行く」等、利用者さんにわかりやすい言葉ではだめでしょうか？

- A. 「元気になりたい」とは“体が元気になりたい”のでしょうか？“心が元気になりたい”のでしょうか？「歩いて買い物に行く」のは“歩きたい”のでしょうか？“買い物に行きたい”のでしょうか？本人の希望として出された言葉であっても、その中に複数の課題が含まれている場合があります。また、本人が気づいていない隠された課題もあります。介護支援専門員は、アセスメントで情報分析を行い、課

題を明確にしていくことが大切です。

Q 6. 訪問介護で家事を毎日支援していますが、日によって家事の内容が違います。訪問介護の頻度を「毎日」や「適宜」と書いてはだめですか？

A. 支援は利用者の課題に対して行うものです。訪問介護を家事とまとめていますが、食事や掃除・洗濯等それぞれ違う課題に対しての支援ですから、各々の課題に対する支援として、適切な回数を見立て具体的に位置付けましょう。また、日に何度も支援することは、日に〇回・朝昼夕等と記載しましょう。

Q 7. 家族が同居していて、食事や掃除など家族で出来ることはしていただいています。ケアプランに書くことが必要ですか？

A. 利用者は家族の支援を受けて、食事はきちんと召し上がっているようです。本人の課題である「食事」や「環境整備」は誰が支援していても、本人の課題として捉えておく必要があります。万が一家族が支援できなくなった時、誰がどのように支援するかを迅速に検討するために、家族が行っている事も課題とそれに対する支援として、ケアプランに位置付けておくことが必要です。

Q 8. ケアプラン第3表には介護保険以外のサービスも記載する必要がありますか？

A. 利用者の課題に対して、どのような支援体制が組まれているかを明確にするために、介護保険以外のサービスも記載することが必要です。また、利用者の日常生活上の活動を記載することによって、誰がどの部分の支援を担っているかが明確になります。

Q 9. サービス付き高齢者向け住宅（以下「サ高住」）に入居している利用者を担当しています。食事や見守り等サ高住スタッフによる支援もケアプランに位置付けが必要ですか？

A. サ高住はあくまでも住宅（在宅）の扱いとなります。食事（食材の買い出し・調理・摂食等）が自立していないのであれば、本人の課題として捉えていくことが必要です。介護保険のサービスとサ高住の支援を区分けして、きちんと位置付けるようにしましょう。

【サービス担当者会議】

Q 1. サービス担当者会議は必ず自宅で行わなければなりませんか？

A. 原則は利用者の自宅で行います。別の場所で行う場合は、自宅で行えない理由をサービス担当者会議の記録に記載しましょう。通所介護等で行う場合は、サービス提供時間内に行わないように（サービス時間内にサービス担当者会議を行うと、その時点で通所介護サービスが終了となります。）注意してください。

Q 2. 病状が安定している利用者さんのサービス担当者会議に、主治医の意見の記載が必要ですか？

A. 訪問看護や訪問リハビリ、通所リハビリ等の医療系サービス利用の場合には必須となります。また、医療系サービスを利用しない場合でも、利用者や家族の了承のもと、介護支援専門員として医療情報や介護上の注意点などを主治医から聞き取り、サービス事業者で情報共有しておくことが必要です。

Q 3. 退院に向けて、入院先の病院で主治医も含めカンファレンスを行いました。サービス担当者会議として扱ってよろしいか？

A. サービス担当者会議は原則居宅で行います。また、病院で行うカンファレンスは退院に向けての会議であり、退院・退所加算で評価されるべきものです。居宅での支援を行うに当たり、サービス担当者から専門的・具体的な情報・意見を得て、情報共有するために居宅でのサービス担当者会議を開催してください。

Q 4. サービス担当者会議の日程調整が困難で、全員を集めることができない場合はどのようにすれば良いでしょうか？

A. サービス担当者会議に出席できないサービス担当者から、事前に専門的意見を聴取しておきましょう。必ずしも文書である必要はなく、介護支援専門員が聞き取ったことを書き留めておくことも可能です。大切なのはサービス担当者会議開催前に意見を聞き取り、サービス担当者会議の情報共有や検討内容として、提供できるようにしておくことです。

【居宅介護支援経過】

Q 1. 記載者の署名は、記録を印刷してから手書きで署名しないといけないのですか？

A. 介護保険最新情報 Vol.958 の「居宅介護支援経過」記載要領の具体例に、記載者（署名）とあるため、記載例として（署名）としました。誰が記載したのかがわかるようにするためのものなので、手書きでの署名を求めているものではありません。

【モニタリング】

Q 1. 入院のため自宅でのモニタリングができない場合は、「特段の事情」にあたりますか？ またどのように対応すれば良いでしょうか？

A. 緊急入院のため面接できない場合、介護保険最新情報 Vol.959 では、「緊急入院等におけるモニタリングの例外について」として「入院・入所等利用者の事情により利用者の居宅において面接することができない場合は「特段の事情」に該当し、必ずしも訪問しなければ減算となるものではない。

ただし、入院・入所期間中でもモニタリングをしていく必要性はあることから、その後の継続的なモニタリングは必要となるものであり、留意されたい」とされています。つまり、利用者の都合で居宅での本人面接ができない場合には、モニタリングを実施しなくてもよいわけではなく、代替手段によるモニタリング（入院中等の利用者面接や居宅での家族等の面接など）を行うなど、適切なケアマネジメントの実施を求めています。モニタリングの訪問については特段の事情にあたりますが、結果の記録は必要です。

Q2. 10月28日に退院し、サービス利用が始まりました。モニタリングは11月の実施でいいですか？

A. モニタリングは、①少なくとも1月に1回、居宅（自宅）を訪問し、本人と面接かつ②少なくとも1月に1回、モニタリング結果の記録が必要です。この場合の1月とは1ヶ月の意味ではなく、暦月の1月となりますので、サービスを開始した月（10月）からモニタリングが必要です。

【その他】

Q1. ケアプラン作成で求められている「自立支援」に維持も含まれるのでしょうか？介護度によっては改善が望めない場合もあり、悩みます。

A. 利用者にとっての自立とは①機能や動作がより自立する。②より少ない支援で生活する。③より多くのことを自分で意思決定（自己決定・自己選択）できる。④潜在能力を活用する。⑤現状以上の悪化を防ぐ。⑥潜在的な危険性を防止する。⑦尊厳やその人らしさが守られる。といったことが含まれます。利用者がどのようになることが目標と出来るかは、予後予測として介護支援専門員が判断すべきところです。